

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

THÈSE

N° 1203

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Bomadini

Monique BUFFIER

Née le 26 Juillet 1937, à Eaubonne (Seine-et-Oise)

Présentée et soutenue publiquement le 11 décembre 1963

LES PARASITES INTESTINAUX DE L'ENFANT

Président : M. JULIEN MARIE, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1963

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : BUFFIER

Prénom : MONIQUE

Date de soutenance : 11 décembre 1963

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

BUFFIER (MONIQUE) — Les
parasites intestinaux de l'en-
fant. — Paris, Imp. R. Foulon
et Cie, 1963, in-8°, 36 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1963, N°).

BUFFIER (MONIQUE) — Les
parasites intestinaux de l'en-
fant. — Paris, Imp. R. Foulon
et Cie, 1963, in-8°, 36 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1963, N°).

BUFFIER (MONIQUE) — Les
parasites intestinaux de l'en-
fant. — Paris, Imp. R. Foulon
et Cie, 1963, in-8°, 36 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1963, N°).

BUFFIER (MONIQUE) — Les
parasites intestinaux de l'en-
fant. — Paris, Imp. R. Foulon
et Cie, 1963, in-8°, 36 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1963, N°).



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153701_0056

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Monique BUFFIER

Née le 26 Juillet 1937, à Euabonne (Seine-et-Oise)

Présentée et soutenue publiquement le 11 décembre 1963

LES PARASITES INTESTINAUX
DE L'ENFANT

Président : M. JULIEN MARIE, Professeur

I M P R I M E R I E
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1963

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN : Léon BINET. *Membre de l'Institut*

1^{er} ASSESSEUR : Gaston CORDIER — 2^e ASSESSEUR : Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.), SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Educat. phys. et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.), BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.), DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale . .	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.), POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pathologie chirurgicale	
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales :	
<i>Beaujon</i> : LORTAT-JACOB (J.-L.) — <i>Cochin</i> : LÉGER (L.), ABOULKER (P.) — <i>Hôtel-Dieu</i> : PATEL (J.) — <i>Pitié</i> : CORDIER (G.) — <i>Saint-Antoine</i> : GOSSET (J.) — <i>Salpêtrière</i> : SICARD (A.) — <i>Tenon</i> : OLIVIER (Cl.).	
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopéd. et traumat. (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART D'ALLAINES (F. DE)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilit. (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales :	
<i>Bouicaud</i> : MILLIEZ (P.) — <i>Broussais</i> : LENÈGRE (J.) — <i>Cochin</i> : JUSTIN-BESANÇON (L.), BROUET (G.) — <i>Hôtel-Dieu</i> : BARIÉTY (M.) — <i>Lariboisière</i> : SÈZE (S. DE) — <i>Pitié</i> : DREYFUS (G.) — <i>Saint-Antoine</i> : KOURILSKY (R.).	
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. DE)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales :	
<i>Baudelocque</i> : LACOMME (M.) — <i>Foch</i> (Suresnes) : MERGER (R.).	
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Médecine	BOUR (H.), LHERMITTE (F.), PEQUIGNOT (H.)
--------------------	--

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Anatomie :

MM. CABROL (C.); COLINAUD (C.);
GILLOT (C.); OLIVIER (G.), *pr. s. ch.*

Anatomie pathologique :

Mlle GAUTHIER-VILLARS (P.), *pr. s. ch.*; MM. ABELANET (R.); CHOMETTE (G.); GOUYGOU (Ch.), *m. conf.*; NEZELOFF (Ch.); ORCEL (L.); PAILLAS (J.).

Anesthésiologie :

MM. KERN (E.); VOURC'H (G.).

Bactériologie :

MM. BARBIER (P.), *pr. s. ch.*; CHRISTOL (D.); LE MINOR (L.); TOURNIER (P.).

Biochimie médicale :

MM. BAULIEU (Et.), *m. conf.*; BOURILLON (R.); CARTIER (P.); DREYFUS (J.-Cl.); GONNARD (P.); KRUH (J.); JEROME (H.).

Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports : M. PLAS (F.).

Carcinologie :

MM. BOIRON (M.); DENOIX (P.); MATHÉ (G.); SELIGMANN (M.).

Dermato-Syphiligraphie :

MM. CIVATTE (J.); DUPERRAT (B.).

Electro-Radiologie :

M. LEDOUX-LEBARD (G.).

Hématologie :

MM. BESSIS (M.); BILSKI-PASQUIER (G.); DAUSSET (J.); DUHAMEL (G.).

Histologie :

MM. COUJARD (R.), *pr. s. ch.*; MAROIS (M.); RACADOT (J.).

Hydrologie :

MM. BESANÇON (F.); CORNET (A.).

Hygiène :

MM. BOYER (J.), *pr. s. ch.*; BLANCHER (G.); Mme CORRE-HURST (L.); SAPIN-JALOUSTRE (H.).

Maladies infectieuses :

MM. BASTIN (R.), *pr. s. ch.*; DUPONT (V.).

Médecine légale :

MM. FOURNIER (E.); GUENIOT (M.); HADENGUE (A.).

Médecine du travail : M. ALBAHARY (C.).

Neuro-chirurgie : M. PERTUISET (B.).

Neurologie : M. LAPRESLE (J.).

Obstétrique :

MM. GRANJON (A.); HERVET (E.); LE LORIER (G.); LEVY (J.); MORIN (P.); MUSSET (R.); ROBEY (M.); SENÈZE (J.); SUREAU (C.); THOYER-ROZAT (J.).

Ophthalmologie :

MM. BRÉGEAT (P.); DUBOIS (A.); SARAUX (H.).

Orthopédie :

MM. JUDET (R.); MEARY (R.); POSTEL (M.); RAMADIER (J.).

Oto-rhino-Laryngologie :

MM. DEBAIN (J.); PIALOUX (P.).

Parasitologie :

MM. GOLVAN (Y.); LAPIERRE (J.).

Pathologie chirurgicale :

MM. BARCAT (J.); BINET (J.-P.); CERBONNET (G.); CHATELIN (C.-L.); DUBOST (Ch.); DUBOST (Cl.); FAUREL (J.); FLABEAU (F.); GARBAY (M.); GARNIER (H.); GAUDART-D'ALLAINES (Cl. de); GERMAIN (A.); LATASTE (J.); LOYGUE (J.); MERCADIER (M.); NATALI (J.); PELLERIN (D.); PERROTIN (J.); ROBERT (H.); THOMERET (G.).

Pathologie exotique : M. SCHNEIDER (J.).

Pathologie expérimentale :

MM. BENHAMOU (J.-P.); BERTHAUX (P.); BOIVIN (P.); CROSNIER (J.); HARTMANN (L.); LÉPER (J.), *pr. s. ch.*; MAURICE (J.); MIKOL (Cl.); RICHET (G.).

Pathologie médicale :

MM. AUSSANNAIRE (M.); BOUVIER (J.); BOUVRAIN (Y.); BRICAIRE (H.); BRISSAUD (H.); BROCARD (H.); BUGE (A.); CATINAT (J.); CHRÉTIEN (J.); COBLENTZ (B.); CONTAMIN (F.); COURY (C.); ÉTIENNE (J.-P.); FREZAL (J.); FRITEL (D.); HENNEQUET (A.); HIMBERT (J.); HOUSSET (E.); LAROCHE (Cl.); LESOBRE (R.); LÉVÊQUE (B.); MACREZ (C.); MOREAU (L.); NICK (J.); ROYER (P.); TOURNEUR (R.); WOLFROMM (R.).

Pédiatrie-Puériculture :

MM. LAFOURCADE (J.); LEPERCQ (G.); MANDE (R.); MOZZICONACCI (P.); POLONOVSKI (C.); ROSSIER (A.); VIALATTE (J.).

Pharmacologie :

MM. BOISSIER (J.); LECHAT (P.).

Physiologie :

MM. BARRES (G.); DEJOURS (P.),
pr. s. ch.; DURAND (J.); GIRARD *m.*
conf.; HUGELIN (A.); SCHERRER (J.).

Physique médicale :

MM.CHANTEUR (J.); GOUGEROT (L.),
m. conf., *pr. s. ch.*; GREMY (F.), *m.*
conf.; MILHAUD (G.); PELLERIN (P.);
ROUCAYROL (J.-Cl.); TUBIANA (M.),
m. conf.

Pneumo-phthisiologie :

MM. KREIS (B.); MEYER (A.);
RENAULT (P.).

Psychiatrie : M. PICHOT (P.).

Psychiatrie infantile :

MM. DENIKER (P.); DUCHE (D.);
FLAVIGNY (H.).

Rhumatologie : M. DELBARRE (F.).
pr. s. ch.

Stomatologie :

MM. CERNEA (P.); Mme CHAPUT
(A.), *m. c. agr.*; M. GRELLET (M.).

Thérapeutique :

MM. CHASSAGNE (P.); MARCHE (J.).

Urologie :

MM. AUVERT (J.); MOULONGUET (A.);
QUENU (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. DEBEYRE (J.).

Clinique chirurgicale : VERNE (J.-M.).

Clinique médicale :

MM. PERRAULT (M.); RAMBERT (P.);
THIEFFRY (S.).

Clinique obstétricale :

MM. GRASSET (J.); MAYER (M.).

Clinique ophtalmologique :

MM. DESVIGNES (P.); OFFRET (G.).

Clinique pédiatrique et puériculture :

M. LAPLANE (R.).

Clinique psychiatrique : M. BARUK (H.).

Clinique urologique : M. KUSS (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	M. HAUDUROY (P.), <i>prof. sans chaire</i>
Pathologie chirurgicale	M. RUDLER (J.), <i>prof. sans chaire</i>

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)
Bibliothécaire	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JULIEN MARIE

Professeur de la Chaire de Pédiatrie Sociale
à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin des Hôpitaux

Directeur de l'Institut de Pédiatrie Sociale

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

Hommages respectueux.

LES PARASITES INTESTINAUX DE L'ENFANT

L'infestation du tube digestif d'un enfant par différents parasites est particulièrement fréquente.

Dans l'immense majorité des cas, les manifestations cliniques dont sont responsables ces hôtes intestinaux demeurent bénignes.

Il est pourtant indispensable d'entreprendre, devant la constatation d'une parasitose intestinale, le traitement spécifique, afin d'éviter la survenue éventuelle d'accidents graves.

La diversité des troubles digestifs et neuro-psychiques occasionnés par les parasitoses intestinales est telle que ces signes deviennent trompeurs et que l'on omet souvent de rechercher une parasitose qu'il serait simple de traiter, mettant ainsi l'enfant et son entourage à l'abri des désagréments dont est responsable cette infestation.

Les hôtes intestinaux que l'on peut rencontrer sont variés.

Trois sont particulièrement fréquents :

- oxyures ;
- ascaris ;
- lamblas ;

les autres, bien que plus rares, ne sont pas pour autant à négliger. Citons :

- les tænia ;
- certains autres protozoaires ;
- les némathelminthes.

Nous exposerons successivement les signes cliniques et biologiques de ces différentes parasitoses intestinales, ainsi que les moyens thérapeutiques et prophylactiques à envisager.

L'OXYUROSE

Parasitose très fréquente, occasionnée par un nématode, l'*Enterobius vermicularis* ou oxyure, l'oxyurose consiste en une affection désagréable et gênante susceptible de complications justifiant une thérapeutique correcte.

I. — RAPPEL BIOLOGIQUE

L'infestation se fait par l'œuf qui est ovalaire, lisse, mesurant 50 μ de long et 30 de large.

Sa mince membrane, dissoute par les sucs digestifs, entraîne la libération de l'embryon.

L'embryon, mis en liberté, grandit, donnant naissance aux oxyures.

La femelle est effilée et droite ; elle mesure 9 à 10 mm de long.

Le mâle n'a que 3 à 5 mm. Son extrémité caudale est enroulée en spirale.

L'accouplement a lieu dans la portion terminale de l'intestin grêle et dans le cæcum.

Les femelles gravides sont entraînées par les matières et gagnent le rectum, et vont déposer en une seule ponte leurs œufs agglutinés en masses dans les plis radiés de l'anus.

Ce sont les migrations surtout vespérales ou nocturnes des femelles et leur morsures des téguments qui expliquent le prurit anal.

Le cycle évolutif qui se déroule entièrement dans l'organisme humain dure de deux à trois semaines.

Une femelle pond de 10.000 à 12.000 œufs. Ces œufs se répandent dans la région péri-anale, le corps et les sous-vêtements.

La réinfestation est due aux mains souillées lors du grattage. Les enfants se contaminent ainsi entre eux.

Les œufs sont de cette manière déposés dans les champs d'épanage, transportés à distance par les mouches, le vent, les poussières.

Certaines larves échappées des œufs, au niveau de la marge de l'anus, peuvent remonter jusqu'au cæcum, le cycle se reproduisant ainsi chez l'homme.

II. — SIGNES CLINIQUES

Le symptôme majeur est un prurit féroce, survenant le soir pendant les périodes de ponte pour disparaître ensuite et ne réapparaître qu'au bout de deux ou trois semaines.

Ce prurit est responsable de lésions de grattage pouvant s'eczématiser et s'étendre au scrotum ou à la vulve.

Outre le prurit, on peut observer des troubles digestifs :

— anorexie ;

— vomissements ;

— douleurs abdominales, surtout du flanc droit et de la fosse iliaque droite, pouvant conduire à une appendicectomie.

Ces troubles traduisent probablement moins l'infestation que l'état cœlitique préalable qui l'a facilitée.

Au cours de l'oxyurose, on peut observer des manifestations neuro-psychiques.

L'irritabilité, la nervosité, les troubles caractériels, bien qu'inconstants et dénués de spécificité, sont les plus évocateurs.

III. — EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Ce sont eux qui vont permettre d'affirmer l'oxyurose.

Un seul d'entre eux est capital, c'est la recherche microscopique des œufs agglomérés au niveau de la marge de l'anus.

Il est important d'observer deux précautions : l'examen sera pratiqué avant toute émission de selle et avant toute toilette périnéale.

Deux procédés pour le prélèvement sont décrits :

1) Le procédé de Hall : le prélèvement se pratique au niveau de la marge de l'anus à l'aide d'une baguette de verre portant un morceau de cellophane adhésive qui est adressée sous tube au laboratoire.

2) Le procédé de Graham consiste à appliquer un ruban de cellophane adhésive sur la marge de l'anūs. La face adhésive est ensuite posée sur une lame de verre pour être ensuite examinée microscopiquement par transparence.

Les autres examens complémentaires sont accessoires :

- la rectoscopie permettrait de découvrir une anite hémorroïdaire ;
- l'éosinophilie est de valeur discutée, sauf si elle est importante ;
- le lavement baryté peut objectiver une cōlite qui, pour certains, serait antérieure à l'infestation et favoriserait cette dernière ;
- on n'omettra pas d'examiner les selles de l'entourage à la recherche d'une oxyurose latente.

IV. — COMPLICATIONS

L'oxyurose est la plupart du temps bénigne, mais elle peut parfois entraîner des complications.

• COMPLICATIONS LOCALES

Le grattage provoqué par le prurit peut entraîner des lésions et peut, par son intensité, provoquer une eczématisation de la marge de l'anūs. Cette eczématisation peut s'étendre aux grandes lèvres ou au scrotum.

Elle peut dans certains cas se surinfecter.

• COMPLICATIONS DIGESTIVES

L'oxyurose peut entraîner, outre l'anite hémorroïdaire, des troubles du transit. Ceux-ci se manifestent par de la diarrhée ou, le plus fréquemment, alternance de diarrhée et de constipation avec parfois de petites rectorragies.

L'appendicite vermineuse est une complication classique, mais sa fréquence est discutée. Le parasite peut, au niveau de l'appendice, provoquer une réaction catarrhale ou même hémorragique qui sera responsable de l'infection secondaire. Il faudra intervenir d'urgence en cas d'appendicite aiguë. Elle autorise cependant, devant un tableau d'appendicite chronique, la recherche de la parasitose et son traitement systématique.

- COMPLICATIONS GÉNITALES

Le prurit anal peut en effet déclencher une excitation réflexe des organes génitaux. Cette excitation peut se traduire alors par des érections, des rêves érotiques, des pertes séminales, ou même de l'onanisme.

Lorsque l'oxyurose gagne, chez la fillette, la vulve et le vagin, elle peut produire des lésions de grattage du clitoris et des lèvres, l'apparition quelquefois de pertes blanches.

- COMPLICATIONS NERVEUSES

Les complications nerveuses qui sont classiques dans les affections vermineuses, sont rares au cours de l'oxyurose.

Elles peuvent se traduire cependant par des modifications sensibles du caractère : l'enfant devient mélancolique, irritable, instable, et par des insomnies ou des terreurs nocturnes.

Cependant, comme c'est le cas pour les complications digestives, l'oxyurose peut n'être que révélatrice de troubles préexistants.

Enfin, on a pu imputer à l'oxyurose des manifestations plus graves, telles que des crises épileptiques, des convulsions, voire des méningites. Il faut, dans ce domaine, faire preuve comme toujours de la plus grande prudence avant d'éliminer des affections beaucoup plus fréquentes et beaucoup plus sérieuses.

V. — PROPHYLAXIE

Les précautions à prendre sont les suivantes :

Le porteur d'oxyures doit se laver les mains au savon après chaque selle et avant de se mettre à table. Chez l'enfant, on n'omettra pas de brosser l'extrémité des doigts et les ongles. Les espaces sous-unguéaux de ces derniers seront soigneusement nettoyés quotidiennement à l'aide d'un coton monté, imbibé d'alcool iodé.

Si l'enfant suce ses doigts, on pourra appliquer à leur extrémité une substance amère.

On dépistera au sein de la famille d'éventuels porteurs ne présentant aucune manifestation clinique. Tous les frères et sœurs seront examinés et une recherche de parasites sera pratiquée.

Enfin, l'état cœlitique prédisposant à l'infestation est à soigner en modifiant, s'il est nécessaire, le régime. Les légumes secs, la cellulose crue seront alors proscrits.

VI. — LE TRAITEMENT

1) LE TRAITEMENT LOCAL

Le traitement de l'oxyurose est à la fois local et général.

On se contentera d'une désinfection locale de la marge de l'anus quotidienne, aux ammoniums quaternaires par exemple.

2) LE TRAITEMENT GENERAL

Un grand nombre de médicaments est utilisé avec plus ou moins de succès.

En fait, deux médications sont très employées, il s'agit de :

- la pipérazine et ses dérivés ;
- et la terramycine.

• LA PIPÉRAZINE ET SES DÉRIVÉS

On peut utiliser l'*hydrate de pipérazine* sous forme de sirop (Lacroix).

On l'administre pendant sept jours par cuillerées à café ; on donnera :

- une cuillerée par jour de un à six ans ;
- deux de sept à douze ans ;
- trois au-dessus de douze ans.

— *Le sirop de pipérazine* (Lacroix) est indiqué en deux cures de sept jours séparées par un intervalle de cinq jours.

— *Le lumbrioxyl* s'administre pendant sept jours, le soir après le dîner et le lendemain à jeun.

— *Le citrate de pipérazine* est prescrit pendant cinq à sept jours à la dose d'une cuillerée à café par 10 kg de poids, à prendre en deux fois — matin et soir.

— *La carbamazine* ou *notézine* est dosée en comprimés de 0,10 g. La posologie est de 6 mg par kg de poids et par jour, en deux prises après les repas, pendant dix jours.

— *Le dilaurate* (laurazine) est dosé en dragées de 0,25 g. La cure est de cinq jours, à répéter plusieurs fois en observant un intervalle de dix jours entre chaque cure.

— *Le sébacate* (nématorazine) est prescrit par cures de quarante-huit heures, suivies d'une cure de consolidation trois semaines plus tard. On peut associer la prise orale et les suppositoires.

• LA TERRAMYCINE

Elle donne d'excellents résultats. Elle agit en détruisant les femelles fécondes, en inhibant le développement des œufs et en modifiant de façon indirecte la flore intestinale.

On utilise la terramycine-base soit sous forme de dragées dosées à 0,25 g, soit sous forme de comprimés à 0,10 g, soit en poudre chocolatée à 0,05 g par mesure.

La posologie varie de 1,5 à 2 g par jour.

• En cas d'échec après prescription de ces substances, on pourra faire appel à des médications plus anciennes dont font partie les *colorants*. Citons :

— *Le violet de gentiane* (oxyuryl) que l'on prescrit à la dose de 0,01 par année d'âge.

— *Le vert brillant* (oxyurase).

L'ASCARIDIOSE

Elle est due à un nématode : l'*Ascaris lumbricoïdes*.

Elle est moins fréquente que l'oxyurose.

I. — L'INFESTATION

Elle s'opère par la consommation de légumes et de fruits mal lavés, souillés de terre, contenant des œufs de provenance fécale humaine.

Ces œufs sont ovoïdes, marrons et possède une coque épaisse.

Emis dans la nature par les selles, ils peuvent devenir embryonnés au bout de six semaines.

Leur cuticule est détruite par les sucs digestifs.

Les larves ainsi écloses perforent la muqueuse digestive et gagnent le foie par voie portale ou sous-péritonéale. Elles le traversent, arrivent au cœur droit et atteignent les poumons vers le septième jours.

Leur dimension est à ce moment-là de 1 à 2 mm. Par effraction des alvéoles pulmonaires, elles gagnent par les bronches le pharynx, d'où elles sont dégluties et rejoignent l'intestin.

Elles prennent alors la forme adulte. Il s'agit de vers ronds, blancs, laiteux. La femelle a 20 à 25 cm de long, le mâle est plus grêle et mesure de 10 à 15 cm seulement.

Les ascaris se groupent en nombre très variable, de trois à quatre jusqu'à plusieurs centaines, et peuvent siéger dans tous les segments de l'appareil digestif : estomac, pylore, duodénum, pancréas, voies biliaires, intestin grêle, côlon.

Il faut deux à trois mois pour que les femelles puissent émettre des œufs qui sont expulsés avec les selles.

Le cycle recommence ensuite.

II. — ÉTUDE CLINIQUE

Dans un très grand nombre de cas, l'ascaridiose ne donne lieu à aucune manifestation clinique.

C'est la découverte d'un parasite dans les selles qui attire l'attention.

Ailleurs, l'enfant est amené pour des troubles digestifs :

- anorexie ;
- vomissements ;
- diarrhée tenace, parfois sanguinolente ;
- douleurs abdominales diffuses, parfois paroxystiques.

L'état général de l'enfant est altéré. Il est pâle, les yeux cernés. Son poids est insuffisant.

Si cette affection reste souvent bénigne, on peut néanmoins observer au cours de son évolution un certain nombre d'accidents.

III. — ACCIDENTS ÉVOLUTIFS

1° LES ACCIDENTS D'OCCLUSION INTESTINALE sont causés par de véritables amas d'*ascaris* pelotonnés dans la lumière du grêle.

C'est sur l'iléon que siègent habituellement de telles obstructions : on a signalé également la possibilité d'invagination intestinale sur *ascaris*.

2° Il ne semble pas que la réalité des PERFORATIONS INTESTINALES par un ver adulte, provoquant une péritonite septique, soit absolument démontrée.

3° L'APPENDICITE ASCARIDIENNE, par contre, est assez commune chez l'enfant ; c'est parfois une découverte d'intervention ; on trouve l'*ascaris* engagé dans la lumière appendiculaire.

Ailleurs, il peut s'agir d'une véritable appendicite septique, sans doute favorisée par l'irritation chronique liée à la présence de parasites dans la région iléo-cæcale.

Des syndromes douloureux de la fosse iliaque droit, cédant à l'élimination d'*ascaris* dans les selles, peuvent être aussi observés.

4° LES ACCIDENTS DE MIGRATION DIGESTIVE sont extrêmement graves mais très rares.

— *L'arrêt de l'ascaris dans le cholédoque*, par migration d'un ou de plusieurs individus adultes, donne lieu à un tableau rappelant de très près le calcul du cholédoque, et un syndrome d'obstruction cholédocienne avec angiocholite, inhabituel chez l'enfant ou l'adolescent, doit toujours faire évoquer l'ascaridiose.

Les crises douloureuses de l'hypochondre droit, accompagnées de clochers fébriles et d'ictère, sont soit fugaces, soit prolongées; elles peuvent céder brutalement à la suite du rejet d'un ascaris dans les vomissements. Ceci étant le témoignage d'une infestation haute duodénale.

La présence d'ascaris dans les voies biliaires peut se compliquer d'infection parenchymateuse du foie par des germes intestinaux charriés par le parasite dans sa migration et favorisée par la rétention biliaire. Il s'agit de l'abcès ascaridien du foie.

On a pu observer une pancréatite rapidement mortelle par engagement d'ascaris dans le canal de Wirsung, mais ceci est très exceptionnel.

5° LES ACCIDENTS PULMONAIRES : le syndrome de Loeffler est assez fréquemment d'origine ascaridienne. Il se présente comme une infection modérée des voies respiratoires :

- dyspnée ;
- toux quinteuse ;
- fièvre moyenne.

Sur les clichés s'inscrivent des opacités nuageuses et mal limitées ou au contraire rondes à bords nets, du type infiltrat rond.

Ces opacités se trouvent aussi bien aux bases qu'aux sommets, elles n'ont en général pas de topographie lobaire ou zonaire franche.

Il peut y avoir des infiltrats multiples simultanés ou successifs.

L'élément qui individualise le tableau est la présence d'une notable éosinophilie sanguine, avec une leucocytose modérée. L'expectoration est, elle aussi, riche en éosinophiles.

On peut relever des aspects variés de l'affection :

- formes broncho-pneumoniques ;
- formes pseudo-granuliques ;
- formes prolongées.

Un épanchement pleural riche en cellules éosinophiles — épanchement de petite abondance en règle — peut aussi accompagner l'infiltrat pulmonaire.

6° Ces infiltrats éosinophiliques ne semblent pas être l'apanage du poumon. Ils peuvent atteindre d'autres viscères : foie, méninges, reins, et, quelquefois, se compliquer de manifestations hémorragiques (purpura, hémoptysies, néphrite hématurique).

7° ACCIDENTS NERVEUX DE L'ASCARIDIOSE : il est certain que l'infestation ascaridienne peut s'accompagner d'asthénie, de céphalée.

De graves perturbations neuro-végétatives peuvent aussi se produire au cours des infestations importantes.

On a noté chez de jeunes enfants parasités de façon massive, des observations de collapsus cardio-vasculaire brutal.

En présence de crises convulsives, il est de bonne clinique de rechercher la parasitose, sa découverte ne dispense évidemment pas de la recherche attentive d'une autre étiologie.

8° LES ACCIDENTS CUTANÉO-MUQUEUX. On peut observer :

- l'urticaire ;
- un œdème de Quincke ;
- des œdèmes inflammatoires résolutifs ;
- des rougeurs et saillies des papilles linguales (signes de Couillaud) ;
- un cercle jaunâtre péri-orbitaire.

4° LES ACCIDENTS HÉMORRAGIQUES : rarissimes.

On peut rencontrer :

- un purpura ;
- des hémoptysies ;
- une néphrite hématurique ;
- des hémorragies intestinales ;
- des rectorragies.

IV. — EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

— L'examen de selles apportera la preuve de la parasitose.

— L'examen coprologique des selles recherchera des œufs. Pendant la période de migration des larves qui dure deux mois, on ne trouve évidemment pas d'œufs.

— L'éosinophilie sanguine sera évocatrice si son chiffre dépasse 8 à 10 %. Elle n'est pas spécifique et peut manquer. Elle est obser-

vée surtout au début de l'infestation ou lors d'une réinfestation. A chaque nouvelle contamination, elle tend à régresser.

— Il existe une intra-dermo-réaction à l'ascaridine qui a une certaine valeur quand elle est positive, mais aucune lorsqu'elle est négative.

— Le lavement baryté peut objectiver des ascaris. Les corps de ces derniers se moulent sur la baryte. Ils apparaissent sous forme de bandes claires de 7 à 8 mm de large, rectilignes ou sinueuses. Les ascaris vont eux aussi s'opacifier secondairement après absorption de baryte. Après évacuation digestive de la baryte, seuls les ascaris demeurent opaques aux rayons X.

V. — TRAITEMENT

Ici encore les médications sont nombreuses :

- soit phytothérapiques ;
- soit chimiothérapiques.

1) LA PHYTOTHERAPIE

Associe l'huile de chénopodium, le semen contra et ses dérivés.

- L'ESSENCE D'HUILE DE CHÉNOPODIUM dont le principe actif est l'ascaridiol, se donne le matin à jeun en trois fois.

La dose totale est la suivante :

- 3 gouttes par année d'âge de quatre à sept ans ;
- 20 à 30 gouttes de sept à quatorze ans ;
- 30 à 40 gouttes de quatorze à dix-huit ans.

On peut faire absorber ce produit mélangé à du miel ou à de la confiture ou encore sous forme de capsules (chénantol).

Une heure et demie à deux heures après la dernière prise, on administre une purge saline.

Cette substance n'est malheureusement pas dénuée de toxicité. Elle peut être responsable de nausées, de troubles digestifs, de vertiges, de bourdonnements d'oreille, d'une surdité transitoire.

Elle est formellement contre-indiquée chez l'enfant de moins de quatre ans ou chez les enfants ayant une cardiopathie, une insuffisance hépatique ou une pneumopathie.

- LE SEMEN CONTRA que l'on extrait des fleurs de plantes du genre *Artemisia*, en les prélevant au sommet de la plante.

Il est spécialisé sous le nom de Santonia, en association avec du calomel, de la matricaire, de la tamaisie et de l'absinthe pulvérisée.

— Il existe encore le *Vermirene* associant : semen contra, chénopodium, pyréthrinés.

— *La santonine*, principe actif du semen contra, se prescrit à la dose de 0,01 g par année d'âge chez l'enfant en ne dépassant jamais la dose totale de 0,10 g.

— *Le vermidex* est une spécialité à base de santonine et de calomel.

— *L'alantone* serait l'élément actif du semen contra et de la santonine. Il se donne par cures de cinq jours. On prescrit deux cures à dix jours d'intervalle.

Ces trois médicaments sont un peu toxiques et ne seront pas utilisés chez les tout jeunes enfants.

Ils peuvent provoquer :

- vomissements ;
- vertiges ;
- convulsions ;
- réactions méningées ;
- syncopes ;
- troubles visuels ;
- perturbations de l'odorat, du goût ;
- ils colorent les urines en jaune brun ;
- ils paralysent les ascaris que l'on évacuera par un purgatif.

2) LA CHIMIOTHERAPIE

Les produits les plus actifs sont :

- LA PIPÉRAZINE ET SES DÉRIVÉS dont les doses sont analogues à celles que nous avons exposées pour l'oxyurose.
- LES PYRÉTHRINES sous forme de chrysémine.
- LES ANTIPALUDÉENS DE SYNTHÈSE (paludrine et digrianyl) peuvent aussi être utilisés.

LA LAMBLIASE

C'est une protozoose très répandue.

I. — MÉCANISME DE L'INFESTATION

La lambliaose est due à un petit flagellé, le *Giardia intestinalis*, pyriforme, de 10 à 20 μ de long sur 6 à 10 de large.

Il parasite le duodénum, l'intestin grêle et le côlon.

Il vit dans le mucus intestinal où il se nourrit par imbibition sans provoquer aucune excoriation.

Il se reproduit par scissiparité.

Il donne des kystes qui peuvent survivre soixante jours à la température ambiante et qui résistent à plus de 60°.

C'est par l'ingestion de ces kystes avec l'eau des légumes, les aliments souillés que se réalise l'infestation.

Il peut y avoir contact direct par les mains sales.

Le transport par les mouches est possible.

Le *Giardia intestinalis* n'est pas constamment pathogène pour l'homme. Il existe de nombreux porteurs sains qui contribuent à la dissémination du parasite.

II. — MANIFESTATIONS CLINIQUES

Le rôle pathogène du *Giardia intestinalis* est controversé. Il semble occasionner le plus souvent une diarrhée.

La diarrhée peut évoluer sur un mode chronique ou par poussées alternant avec une constipation.

Les selles sont pâteuses, au nombre de 4 à 5 fois par jour, sans glaires ni sang.

Elle peut s'accompagner de douleurs abdominales péri-ombili-cales ou abdomino-pelviennes.

Elle régresse vite sous l'influence du traitement spécifique, alors qu'un traitement symptomatique reste sans effet.

On rattache encore à la lambliaze les signes suivants :

- anorexie ;
- soif ;
- troubles du caractère : enfant instable, capricieux, coléreux.

III. — LE DIAGNOSTIC

L'examen des selles est capital, recherchant les kystes et les parasites.

Il faudra faire cette recherche sur des selles récemment émises.

Si l'on découvre des giardias, le traitement s'impose, de même si l'on met en évidence des kystes en grand nombre.

Si les kystes sont peu nombreux ou découverts, après homogénéisation des selles, le traitement n'apporte en pratique guère d'amélioration.

IV. — TRAITEMENT

Le meilleur médicament reste encore *la quinacrine*.

Les doses indiquées sont les suivantes :

— Après 12 ans	0,30 g par jour
— De 10 à 12 ans	0,25 g » »
— De 6 à 9 ans	0,20 g » »
— De 3 à 6 ans	0,15 g » »
— De 1 à 3 ans	0,10 g » »
— Jusqu'à un an	0,05 g » »

La cure ne doit pas durer plus de cinq jours.

De petits incidents peuvent être notés :

- nausées ;
- vomissements quelquefois.

Son inconvénient majeur est l'apparition d'une coloration jaune des téguments qui n'a d'ailleurs aucune gravité.

La quinacrine est plus efficace lorsqu'elle est associée à la rodo-præquine sous forme de comprimés à 0,01 g. On en donnera 1 par jour.

Le Bémarsal renforce aussi l'action de la quinacrine, à la dose de 1 comprimé par jour.

LES TAENIAS

Ils sont plus exceptionnellement rencontrés chez l'enfant.

Ce sont des cestodes dont on peut rencontrer plusieurs types :

- *Tænia saginata* ;
- *Tænia solium* ;
- *Hymenolepis nana* ;
- *Botriocéphale*.

Nous ne rappellerons pas ici leurs caractères parasitologiques.

Nous exposerons simplement les signes cliniques dont ils sont responsables et les moyens thérapeutiques à mettre en œuvre.

I. — SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie des tæniases est généralement fruste.

Dans le cas habituel du *Tænia saginata*, c'est presque toujours l'entourage de l'enfant qui fait le diagnostic.

Les signes peuvent être groupés en trois groupes :

- les troubles digestifs ;
- les troubles extra-digestifs ;
- les symptômes particuliers.

1) LES TROUBLES DIGESTIFS

Ils sont généralement très nets chez l'enfant et paraissent s'exagérer dès que l'alimentation devient insuffisante.

On observera :

- de la sialorrhée ;
- des nausées ;
- des éructations ;
- surtout des vomissements post-prandiaux ou à jeun.

On remarquera souvent des manifestations douloureuses pouvant évoluer sans caractère précis, localisées ou diffuses à l'abdomen ou au contraire simuler une crise appendiculaire.

Les troubles intestinaux sont plus ou moins importants :

- diarrhée fréquente, capricieuse ;
- boulimie également fréquente mais inconstante et peut-être remplacée par une anorexie globale ou élective.

2) LES TROUBLES EXTRA-DIGESTIFS

Ils sont polymorphes et dominés par des manifestations neurologiques.

Chez l'enfant, les troubles nerveux se développent facilement.

On peut voir apparaître des crises convulsives, des manifestations choréiques, fréquemment une céphalée tenace qui, associée à une constipation et à des phénomènes convulsifs, a permis de créer le « méningisme vermineux ».

On note encore parmi les manifestations nerveuses :

- palpitations ;
- troubles vasomoteurs ;
- dyspnée ;
- accès de suffocation ;
- quintes de toux spasmodiques diurnes et nocturnes — surtout chez l'enfant — qui suffisent à elles seules à faire penser à la parasitose.

Moins fréquentes seront les modifications cutanées ; elles prendront alors les différents aspects des dermatoses allergiques :

- urticaire ;
- prurit ;
- œdème.

Elles seront dans tous les cas très passagères.

3) SYMPTOMES PARTICULIERS

Les bothriocéphales donnent des troubles identiques que les tæniases, mais ajoutent quelquefois *une anémie*.

On observera différents degrés avec au début une simple pâleur des téguments accompagnée d'une asthénie vite importante.

II. — DIAGNOSTIC

Première preuve : *examen macroscopique des selles*, objectivant des anneaux.

Inutilité de rechercher des œufs dans les selles pour le *Tænia saginata* et le *Tænia solium*. Ceux-ci restent enfermés dans les anneaux et sont expulsés avec eux dans le milieu extérieur.

On recherchera, par contre, les œufs du bothriocéphale qui sont toujours abondants et facilement mis en évidence à l'examen microscopique.

La numération sanguine retrouve une légère anémie ou au contraire une discrète polyglobulie.

L'éosinophilie est inconstante.

III. — TRAITEMENT

Chez l'enfant, on commencera de préférence par les procédés les moins agressifs. Ce n'est qu'en cas d'échec que sera appliquée une médication plus délicate à manier.

DONNEES GENERALES

« Le malade est mis à la diète pendant vingt-quatre heures pour que l'intestin soit libre de tout résidu solide.

« L'administration d'un purgatif salin est souvent nécessaire. Le sujet traité restera la journée au repos. L'évacuation doit se faire sur un bidet ou un seau rempli d'eau tiède afin d'éviter la rupture du ver. L'anus doit rester totalement immergé. Il faut éviter de pousser et laisser le ver se détendre de lui-même. Lorsque la tête n'est pas évacuée, faire un lavage à la sonde qui peut parfois la ramener. Il faut savoir qu'elle a pu être digérée ; aussi, avant d'entreprendre un nouveau traitement, on doit attendre que le cestode se manifeste de nouveau trois mois après pour le *Tænia saginata*. » (GRENIER.)

• L'ÉTAIN

Traitement non toxique, peut facilement être employé chez l'enfant.

On le prescrit sous forme d'oxyde d'étain et d'étain métallique (Stannoxy) que l'on administrera pendant six jours consécutifs à raison d'un comprimé par année d'âge et par jour chez l'enfant jusqu'à dix ans.

Les résultats sont positifs dans 80 % des cas.

• LES SEMENCES DE COURGE

Employées de préférence chez le très jeune enfant.

Pour être efficaces, les graines de courge doivent être fraîches et complètes. On utilise l'amande et l'écorce. Elles ne sont pas toxiques.

La dose s'échelonne de 30 à 60 g, selon l'âge de l'enfant.

Ces graines seront utilisées hachées très fin d'abord, puis pilées. On les incorpore à du miel pris à jeun en quinze ou vingt minutes, puis on administre une heure après une purgation saline. Le ver est alors évacué en deux ou trois heures — toujours dans l'eau tiède d'un seau.

Les échecs sont rares avec cette méthode si toutes les conditions sont bien remplies.

• L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE FOUGÈRE MÂLE

A prescrire à la dose de 0,50 g par année d'âge chez l'enfant.

La difficulté d'administrer les capsules fait préférer une des potions suivantes — pour les enfants de six à douze ans :

— Extrait éthéré de fougère mâle	3 à 6 g
— Sirop d'éther	30 g
— Eau de menthe	40 g
— Looch blanc	120 g

Ou bien :

— Teinture de vanille	
— Extrait éthéré de fougère mâle (selon l'âge)	3 à 6 g
— Sirop de térébenthine	30 g
— Gomme arabique pulvérisée	4 g
— Eau q.s.p.	60 g

Ces potions sont absorbées le matin à jeun en une ou plusieurs fois.

On leur préfère souvent la sonde duodénale dans les cas rebelles ou d'emblée chez les vomisseurs.

La veille au soir, administrer du phénobarbital : 0,05 à 0,10 g répétés le lendemain matin.

La sonde en place, après contrôle radioscopique, on injecte directement dans le duodénum la préparation suivante :

— Extrait éthéré de fougère mâle	3 à 6 g
— Infusion de feuille de séné	10 g
— Eau	60 g

On injecte ensuite quelques centimètres cubes d'éther, puis du sulfate de soude, 10 à 20 g selon l'âge.

On ne note pratiquement pas d'échec avec ce procédé, mais il n'est pas facilement applicable chez l'enfant qui avale difficilement la sonde — une hospitalisation de deux à trois jours est nécessaire.

TRAITEMENT DE L'ANEMIE BOTHRIOCEPHALIQUE

S'opère avec la vitamine B12 en surveillant les numérations.

PROTOZOOSSES RARES

Nous avons dans ce groupe envisagé la lambliaze. Plus exceptionnellement, on pourra observer une infestation par le *Trichomonas intestinalis* ou le *Balantidium coli*.

Nous laisserons de côté, dans notre exposé, l'amibiase, chapitre véritablement propre de la pathologie.

1) LE "TRICHOMONAS INTESTINALIS"

C'est un flagellé ovoïde de 10 à 15 μ sur 6 à 7 μ , hôte du gros intestin.

Il pourrait être l'agent des côlites aiguës et il semble qu'il soit plutôt un parasite d'accompagnement.

2) LE "BALANTIDIUM COLI"

C'est un protozoaire cilié de grande taille. Il est exceptionnel en France.

LES NEMATHELMINTHIASES

Nous décrirons ici trois parasitoses :

- 1) Tricocéphalose.
- 2) Ankylostomiase.
- 3) Strongyloïdose ou anguillulose.

Elles sont, disons-le d'emblée, très rares chez l'enfant.

1) LE TRICHOCEPHALE

Le rôle pathogène de ce ver, rencontré dans près d'un examen coprologique sur trois (GOIFFON) est très discuté.

On lui attribue certains troubles digestifs :

- diarrhées chroniques ;
- syndromes dysentériques ;
- côlites ;
- adénopathies mésentériques iléo-cæcales ;
- anorexie ;
- chute pondérale ;
- insomnie.

Il semble que pour pouvoir avec une certaine certitude affirmer le rôle pathogène du trichocéphale, il faille en découvrir de très grands nombres dans les fèces (au moins 10.000 œufs par gramme de selles, plus pour certains).

Les antihelminthiques classiques ont peu d'effet.

Le latex de *Ficus glabrata* serait plus spécifique.

On peut encore utiliser l'hexylrésorcinol.

2) LES ANKYLOSTOMES

Ils sont rares en France.

C'est un parasite strictement humain, sans hôte intermédiaire.

Cette infestation est responsable :

- de troubles digestifs ;
- d'une anémie chronique ;
- de douleurs abdominales variées : pesanteur épigastrique, faim douloureuse, de boulimie ;
- d'une éosinophilie inconstante.

Chez l'enfant, en France, l'ankylostomiase est le plus souvent de découverte systématique. Il s'agit de parasitoses atténuées sans danger ni risque de contamination.

Pour le traitement, on peut utiliser le tétrachloréthylène à la dose de 0,2 cm³ par année d'âge.

3) L'ANGUILLULOSE

Elle est due à *Strongyloïdes stercoralis*.

L'infestation est trans-cutanée, puis par migration pulmonaire les vers atteignent le tube digestif.

Sur le plan clinique, la strongyloïdose peut être absolument latente.

On note fréquemment :

- des crises de ballonnement, de pesanteur, de diarrhée durant quelques jours et se répétant de façon variable, à des intervalles variables et avec des intensités différentes ;
- association avec des placards cutanés urticariens généralisés ou localisés à la région fessière, au périnée, qui en dénotent la véritable nature.

Parfois sont réalisées des formes graves avec atteintes viscérales extra-digestives récidivantes : infiltrats pulmonaires à éosinophiles, manifestations rénales.

Le diagnostic est confirmé par la découverte dans les selles fraîches de nombreuses larves.

Le traitement est difficile.

Le médicament le plus actif est encore le violet de gentiane employé aux mêmes doses que dans l'oxyurose : 0,01 g par année d'âge et par jour, de préférence sous forme de pilules glutinisées.

On prescrit deux cures de huit jours séparées par une semaine d'intervalle.

En cas d'échec chez l'adolescent, on propose l'instillation par sonde duodénale de 25 cm³ d'une solution à 1 %.

Le violet de gentiane a même été employé par voie intra-veineuse.

CONCLUSION

Les parasitoses intestinales de l'enfant peuvent être dues à de nombreux organismes saprophytes. Trois sont particulièrement fréquents :

- un nématode, l'*Enterobius vermicularis* ou oxyure ;
- un autre nématode, l'*Ascaris lumbricoïdes* ;
- un protozoaire, le *Giardia intestinalis* ou lamblia.

Les autres parasites sont plus exceptionnels. Ainsi :

a) Les tænia :

- *Tænia saginata* ;
- *Tænia solium* ;
- *Hymenolepis nana* ;
- *Botriocéphale* ;
- le *Trichomonas intestinalis* ;
- le *Balantidium coli*.

b) Et trois némathelminthes :

- le trichocéphale ;
- l'ankylostome ;
- le *Strongyloïdes stercoralis*.

Malgré les diversités d'espèce, ces hôtes intestinaux occasionnent le plus souvent :

a) Des troubles digestifs :

- anorexie ;
- nausées ;
- diarrhée ;
- douleurs abdominales ;
- prurit anal.

b) Des troubles neuro-psychiques :

- irritabilité ;
- insomnie.

La confirmation de la parasitose réside dans un examen coprologique détaillé qu'il conviendra de pratiquer systématiquement chez tout enfant ayant des troubles digestifs ou neuro-psychiques inexplicables.

Les thérapeutiques des parasitoses intestinales sont multiples. Il est nécessaire d'utiliser pour débiter les substances médicamenteuses les moins toxiques.

Au total, les parasitoses intestinales sont des affections qui demeurent dans l'ensemble bénignes.

Vu, le Doyen :
CORDIER

Vu, le Président de Thèse :
J. MARIE

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

- ALVAREZ (C.J.). — Micro-manipulation et lavage micro-parasitaire en coprologie. (*Gaz. Méd.*, janvier-février 1959, 14, n° 1, 1-17.)
- ARCHER (V.), PETERSON (C.H.). — Diagnostic radiographique de l'ascaridiose. (*J.A.M.A.*, 1930, 95, n° 24, 1819-1821.)
- AUBERTIN (M.E.). — L'ascaridiose. (*Journal de Méd. de Bordeaux*, 1958, 11, 1281-1285.)
— L'oxyurose et la lambliaose. (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1958, 11, 1287-1289.)
- BACHES (L.M.). — Ascaridiose digestive et corps étrangers du tube digestif chez l'enfant. (*Thèse*, Bordeaux, 1948, n° 46, 48 p.)
- BAILLENGER (J.). — Coprologie parasitaire humaine. (Bordeaux, Imp. E. Drouillard éd., 1958.)
- BIAGI (F.) et PORTILLA (J.). — Comparaison des méthodes d'examen de selles pour la recherche des parasites. (*Am. J. Trop. Med.*, septembre 1957, 6, n° 5, 906-911.)
- BLUM (E.), SACREZ (R.), MONTREUIL (B.). — L'ascaridiose du cholédoque chez l'enfant. (*Pédiatrie*, avril-mars 1948, 37, n° 3-4, 220-223.)
- BUMBALO (T.S.), GUSTINA (F.J.). — Traitement de l'oxyurose par la suspension au violet de gentiane. (*J. of Ped.*, Saint-Louis, septembre 1955, 47, 311-314.)
- BREUZARD (J.). — Parasitoses intestinales diverses. (*Méd. Inf.*, 1957, n° 9.)
- BRUMPT (E.). — Précis de parasitologie. (Masson éd., 1949.)
- CLÉMENT (R.). — Traitement de l'ascaridiose chez l'enfant. (*Presse Méd.*, 1952, 60, n° 76, 1626.)
- DEBRÉ (R.), LELONG (M.). — Traité de Pédiatrie. (Flammarion éd., 1952.)
- DE CASTRO BARBOSA (N.). — Recherche de parasites dans les fèces. (*Rev. Brasil. Med.*, avril 1957, 14, n° 4, 238-240.)
- DELAHAYE, LANDEL (J.). — Les troubles de l'ascaridiose. (*Thèse*, Lille, 1947, n° 7, 68 p.)

- DELAHAYE. — Les troubles digestifs de l'ascaridiose. (*Thèse*, Lille, 1947, n° 90, 66 p.)
- DERVILLE (M.). — L'abcès ascaridien du foie chez le nourrisson et le petit enfant. (*Thèse*, Paris, 1944, n° 47, 52 p.)
- ETTELDORF (J.N.) et CRAWFORD (L.W.). — Le traitement de l'ascaridiose chez l'enfant. (*J.A.M.A.*, 1950, 143, n° 9, 797-799.)
- GEORGES, JANET. — Ascaridiose chez l'enfant. (*Méd. Inf.*, 1957, n° 9.)
- GERMAIN (A.), MARTY (J.). — Ascaridiose grave chez un enfant de dix-huit mois. (*Arch. Franç. Pédi.*, 1951, 8, n° 8, 886-887.)
- GRENIER (A.). — Tæniases. (*Méd. Inf.*, 1957, n° 9.)
- HARANT (H.), CASTEL (P.), GRAS (G.). — Traitement de l'oxyurose par la tétracycline. (*Bull. Soc. Path. Exot.*, 1954, 47, n° 6, 822-825.)
- HARNACK (Von). — L'oxyurose chez le nourrisson. (*Monatsschrift für Kinderheilkunde*, Berlin, août 1955, 365-368.)
- LAPIERRE (J.). — Traitements actuels de l'oxyurose. (*Maroc Méd.*, novembre 1956, 35, n° 378, 1052-1057.)
- LE BAYON (L.). — Des perforations par ascaris du diverticule de Meckel. (*Bull. Acad. Méd.*, 1939, 121, n° 9, 342-344.)
- MANDOUIL (R.), BOULARD (Cl.). — Etiologie et pathogénie de l'ascaridiose. (*E.M.C.*, « Maladies infectieuses », II, 8LL6, A10.)
- MATHIEU (H.). — Oxyurose. (*Méd. Inf.*, 1957, n° 9.)
- OTRUBA (K.). — Traitement de l'ascaridiose par la pipérazine. (*Pediat. Listy*, Prague, 8 octobre 1955, 609-612.)
- PEARSON, ALLEN (F.). — Traitement de l'oxyurose. (*Journ. of Ped.*, février 1955, 46, n° 2, 155-157.)
- SEGANI (E.). — Quelques aspects cliniques de l'ascaridiose chez l'enfant. (*Min. Ped.*, Turin, septembre 1955, 7 39, 1172-1180.)
- VOGEL (H.). — Immunologie des helminthiases. (*Zbl. f. Bakt. I. Orig.*, 1949, 154, n° 3-5, 118-126.)
- WETZEL (R.). — Helminthes et immunité. (*Zbl. f. Bakt. I. Orig.*, 1952, 158, n° 3-5, 199-205.)
- YOUNOU (P.). — Les occlusions intestinales aiguës par ascaris. (*Thèse*, Paris, 1944, n° 85, 52 p.)